Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin.
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm.

Zwei Fälle von seltenen Ovarialtumoren.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Johannes Mesewinkel,
approb. Arzt aus Dt.-Krone i. Westpr.

Tag der Promotion: 11. November 1920.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Killian.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm.

Auszug.

Von Zacharias (Beiträge zur Kenntnis der Geschwulstbildungen an den Keimdrüsen von Pseudohermaphroditen. Arch. f. Gyn., Bd. 88), Zucker (Inaug.-Dissert., Leipzig 1913), R. Keller (Keimdrüsentumoren bei einem Hermaphroditen. Arch. f. Gyn., Bd. 101), Pick (Das Epithelioma chorirectodermale. Berl. klin. Wochenschr., Jahrg. 1904, Nr. 7 u. 8) und R. Meyer (Drei Beiträge zur Kenntnis seltener Ovarialtumoren. Arch. f. Gyn., Bd. 109) sind von Keimdrüsen ausgehende Geschwülste beschrieben worden, die ihres Baues wegen oft für alveoläre Sarkome gehalten wurden. Erst später wurde diese Ansicht von einigen Autoren beanstandet und die Geschwulst als eine besondere Art des Carcinoms erkannt. Besonders R. Meyer stellt ganz bestimmte charakteristische Merkmale für diese Geschwulst auf. Die Haupteigentümlichkeiten sind der lockere Zellverband des Parenchyms und besonders die Unregelmässigkeit und unscharfe Begrenzung der Parenchymstränge. Ausserdem zeichnet sich die Geschwulst durch eine geringe Malignität aus. Sie tritt auf bei zwittrigem oder hypo- oder aplastischem Genitalkanal oder bei jugendlichen Individuen.

Zweck dieser Arbeit ist es, zwei in der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin beobachtete Fälle zu beschreiben.

Fall 1. Eine 33jährige Frau, niemals menstruiert gewesen, seit 10 Jahren kinderlos verheiratet. Gut genährt. Brüste klein, Behaarung spärlich. Grosse Schamlippen schlecht entwickelt, kleine atrophisch. Sie kommt in die Klinik wegen einer Geschwulst im Unterleib. Bei der Operation, Exstirpatio uteri totalis cum adnexis (Bumm, Warnekros), wird ein über mannsfaustgrosser Tumor entfernt, der mit Darm und Blase verwachsen ist. Keine Metastasen. Die Hinterwand des Uterus ist

in den Tumor mit einbezogen. Die linken Adnexe sind in dem Tumor aufgegangen. Die rechte Tube ist gestreckt, das rechte Ovarium atrophisch und bindegewebig degeneriert mit kleinen kalkhaltigen Räumen.

Das mikroskopische Bild zeigt den charakteristischen Bau der oben beschriebenen Geschwulstart. Das Bindegewebe bildet keine geschlossenen Alveolen, sondern das Parenchym in den einzelnen Alveolen ist durch mehr oder weniger dicke Zellstränge untereinander verbunden. Das Bindegewebe sendet einzelne Fibrillen zwischen die Parenchymzellen. Die Bilder im Schnitt sind nicht alle untereinander gleich. Man findet die Zellen auch reihenweise angeordnet und an einzelnen Stellen das Parenchym dem Bindegewebe an Masse unterlegen. Das Bindegewebe ist fibrillär, mit spindeligen Zellen in mässiger Anzahl durchsetzt. Um die Gefässe fällt die starke kleinzellige Infiltration auf.

Fall 2. Ein 17jähriges Mädchen, ziemlich regelmässig menstruiert, mit wohlausgebildeten äusseren und sekundären Geschlechtsmerkmalen, blühendem Aussehen, kommt in die Klinik wegen einer Geschwulst im Unterleib. Sie wird operiert (Warnekros) und es findet sich ein mannskopfgrosser Tumor. Das rechte Ovarium fehlt, ist wahrscheinlich in dem Tumor aufgegangen. Die rechte Tube langgestreckt. Uterus normal. Das linke Ovarium zeigt klinisch kleinzystische Degeneration. Heilung per primam. Die Nachuntersuchung nach einem Jahre (Schäfer) ergibt weder Rezidive noch Metastasen.

Mikroskopisch ist in der Hauptsache das Bild wie bei Fall 1. Es fällt hier noch teilweise die besonders geringe Masse des Bindegewebes und die starke Gefässhaltigkeit desselben auf.

Es handelt sich demnach in beiden Fällen um die von R. Meyer und anderen beschriebene Carcinomart.